

à coup sûr à produire une détente dans le foyer inflammatoire, et à éliminer la fièvre et la douleur. Il est vrai qu'au début il n'est pas toujours facile de trouver l'endroit où doit être pratiquée l'incision. Le signe de la fluctuation est très trompeur à la face palmaire des doigts et surtout de la dernière phalange où les parties molles sont, déjà à l'état normal, très élastiques; d'ailleurs, au moment où l'on a recours au bistouri, on ne doit nullement s'attendre à rencontrer un gros foyer purulent. La douleur locale à la pression a ici une importance toute particulière; pour la constater, on se sert de l'ongle, d'un stylet boutonné ou d'un autre instrument de ce genre; à l'endroit où le malade, après un examen répété, accuse le maximum de douleur, on plonge le bistouri jusqu'à ce qu'on voie apparaître sous la lame une gouttelette de pus, puis on divise les tissus sur une largeur d'un centimètre environ. Il est vrai que le médecin qui a recours à l'incision précoce, s'expose souvent à entendre son client lui reprocher d'avoir provoqué la nécrose de l'os ou du tendon en blessant ces parties, au moment de l'ouverture de l'abcès; en effet, *si cette petite opération a pour résultat de produire une détente dans les tissus enflammés, elle ne prévient pas toujours d'une façon certaine l'extension du phlegmon au périoste, au tendon ou à l'articulation.* Le foyer purulent est situé tout près du périoste; il peut avoir déjà infecté ce dernier ou détruit la gaine tendineuse, et alors il va sans dire que l'incision ne saurait remédier aux désordres qui se sont déjà produits. Mais dans un très grand nombre de cas, elle permet cependant de maintenir le processus inflammatoire dans ses limites primitives, surtout si l'on s'astreint aux règles de la méthode antiseptique, et la perspective du reproche que le bistourien a « amené le ver » ne doit pas être un motif d'abstention pour le chirurgien.

Aux phalanges on fera l'incision dans le sens longitudinal, tandis que dans la paume de la main, les incisions transversales sont parfois préférables. Lorsque le foyer de suppuration se trouve situé plus en arrière, dans le domaine de l'*aponévrose palmaire*, on court le danger de blesser une fois ou l'autre une artère. On peut déterminer la situation de l'arcade palmaire en prenant comme points de repère le pli palmaire supérieur qui contourne l'éminence thénar, et, d'autre part, une ligne oblique (pli palmaire moyen) qui rencontre le pli supérieur sur le métacarpien de l'index pour se terminer avec lui à la hauteur de l'articulation métacarpo-phalangienne de ce doigt. Dans l'angle formé par ces deux lignes, au milieu de la paume de la main, se trouve située l'arcade artérielle en question. On devra donc chercher à éviter cette région lorsqu'on fait une incision profonde. Il est vrai que l'on peut pratiquer sans danger une pareille incision en ayant soin de ne diviser avec le bistouri que la peau et l'aponévrose, et d'introduire ensuite dans la profondeur une pince à pansement fermée. Lorsqu'on voit le pus sortir à côté de l'instrument, on ouvre les branches de ce dernier, de façon à dilater

l'ouverture, puis on retire la pince. Une artère est-elle blessée, on agrandira la plaie d'incision, afin de pouvoir lier le vaisseau qui donne du sang. Pour empêcher que l'ouverture ne se ferme, on y introduira un petit tube à drainage. On appliquera ensuite un pansement antiseptique, après désinfection préalable de la plaie.

A la clinique de Göttingue nous avons toujours appliqué à ces processus inflammatoires le traitement antiseptique, dont nous sommes entièrement satisfait. La méthode antiseptique est tout particulièrement à conseiller dans les cas où le panaris est déjà compliqué d'arthrite suppurée ou d'une suppuration de la gaine tendineuse. On commence alors par désinfecter la main avec beaucoup de soin, ce qui est d'autant plus à recommander que l'on a affaire assez souvent à des panaris traités jusque là par des cataplasmes et des emplâtres contenant des ferments de putréfaction. Lorsque, pour l'incision, on n'a pas recours à l'anesthésie chloroformique, le meilleur moyen d'opérer la désinfection avec le moins de douleur possible, consiste à frotter tout d'abord avec un tampon de coton imbibé d'éther la surface des doigts et de la main et à les laver ensuite avec une solution d'acide phénique ou de sublimé. On incise alors largement la gaine tendineuse, et si la suppuration a déjà envahi la bourse séreuse de la paume de la main, on fait plusieurs incisions, et il en est de même, lorsque des abcès se sont développés entre les muscles de l'avant-bras. Les ouvertures ainsi pratiquées, le long des gaines tendineuses et des interstices musculaires, sont maintenues béantes, au moyen d'érigines, puis lavées à fond avec des liquides désinfectants, à savoir, tout d'abord, avec une solution faible et ensuite avec une solution forte d'acide phénique (5 0/0) ou de sublimé (1 : 1000). On procède enfin au drainage et à l'application d'un pansement antiseptique. Si, au moment où l'on renouvelle ce dernier, on constate encore une forte suppuration ou même l'écoulement d'un liquide putride, on procède à un nouveau lavage antiseptique, et s'il s'est produit de nouvelles fusées purulentes, on les ouvre également pour les soumettre au même traitement. En procédant ainsi nous avons obtenu parfois en 2 ou 3 pansements la guérison d'une tendovaginite suppurée sans nécrose du tendon et avec conservation des mouvements. Mais même dans les cas où la tendovaginite existe déjà depuis longtemps et a donné lieu, le long de l'avant-bras, à des abcès tubulaires avec suppuration putride, on peut encore obtenir certains résultats de la méthode antiseptique. Le plus souvent on aura recours alors, tout d'abord, à la suspension du membre pendant un ou deux jours, dans le but de faire disparaître la tuméfaction, on pratiquera des incisions suffisantes pour permettre le drainage des trajets suppurés, et l'on introduira de petits bouts de drains dans les ouvertures des abcès. Tous les foyers de suppuration seront ensuite désinfectés complètement, de la manière décrite plus haut, et le membre sera entouré d'un pansement antiseptique (iodoforme). Si l'on

ne parvient pas à arrêter ainsi les progrès du mal, on obtiendra, en général, d'excellents effets de l'irrigation continue avec l'acide salicylique. Le membre étant suspendu, on place à une certaine hauteur au-dessus du lit du malade, un irrigateur muni d'un tube avec robinet, et l'on introduit l'extrémité de la canule qui termine le tube, dans l'orifice supérieur du drain le plus élevé, soit à la main, soit à l'avant-bras. Le robinet est ouvert de façon que le contenu de l'irrigateur ne s'écoule que goutte à goutte, et l'on a soin de disposer le drainage de manière que le liquide passe par tous les trajets de suppuration et sorte par les drains situés à la partie la plus déclive. Au bout de quelques jours la suppuration a perdu le plus souvent en grande partie ses propriétés phlogogènes; elle a même parfois cessé complètement, et l'on peut, à partir de ce moment, laisser le pansement antiseptique en place jusqu'à la guérison complète.

La seconde faute que commettent si souvent précisément ceux qui négligent l'incision précoce du panaris, c'est l'emploi de la chaleur humide surtout sous la forme de cataplasmes, fort en honneur dans le public.

Nous ne prétendons pas nier par là que la chaleur humide ne puisse hâter la « maturation » de l'abcès. Ce qui est incontestable, en effet, c'est que ce moyen de traitement a pour résultat une dilatation des vaisseaux, une stase plus marquée et une diapédèse plus active des corpuscules du pus dans toute la périphérie du foyer purulent, et qu'il ne peut que favoriser, par conséquent, le ramollissement et la fonte des tissus dans la direction de la peau. Mais ce que nous désirons obtenir du côté des téguments, nous ne pouvons l'empêcher de se produire dans la direction du tendon et du périoste. Nous affirmons sans hésiter que l'application continue de la chaleur humide favorise la diffusion du processus, l'extension de ce dernier hors de ses limites primitives, et par conséquent la production d'une nécrose du tendon ou de la phalange. Mais les partisans de cette méthode de traitement vont plus loin encore. Ils continuent l'application des cataplasmes sur le doigt tuméfié, difforme et de teinte violacée, même après que la peau a été finalement perforée par le pus et que le tendon déjà mortifié, vient faire saillie à travers un ou plusieurs petits orifices fistuleux. Il est évident qu'un pareil traitement est favorable à la propagation du phlegmon, à l'extension de la nécrose du tendon et des os et à la formation d'abcès multiples s'étendant jusque dans l'avant-bras; de fait, il suffit souvent de laisser de côté les cataplasmes pour que l'on observe aussitôt une diminution de l'énorme gonflement des parties malades. Nous avons déjà exposé d'une façon détaillée le traitement qu'il convient d'appliquer à ces complications du panaris; néanmoins nous voulons rappeler encore une fois, à cause de leur importance, les excellents effets que l'on obtient de la suspension verticale du membre, suivant la méthode de VOLKMANN (voir § 112), précisément dans les cas de panaris négligés que l'on ne veut ou ne peut

soumettre au traitement antiseptique que nous venons de décrire. Quelques heures de suspension sont souvent suffisantes pour faire disparaître le gonflement œdémateux et la coloration violacée du membre, ainsi que les violentes douleurs qui tourmentent le malade au plus haut degré. Bientôt il ne reste plus qu'à traiter l'affection locale de la gaine tendineuse ou de l'os, et à mettre fin à la suppuration par l'extraction des parties nécrosées.

D. TROUBLES DE LA MOTILITÉ DE LA MAIN ET DES DOIGTS CONSÉCUTIFS AUX AFFECTIONS INFLAMMATOIRES. CONTRACTURES D'ORIGINE PARALYTIQUE. SPASMES CIRCONSCRITS DES MUSCLES DE LA MAIN (GRAMPE DES ÉCRIVAINS, ETC.)¹.

§ 131. — Le repos prolongé de la main a parfois pour conséquence une contracture assez notable, dans l'attitude qu'offrait cette partie du membre supérieur lorsqu'elle était immobilisée dans l'appareil. Les articulations deviennent raides, les tendons ne glissent plus dans leurs gaines avec lesquelles elles contractent des adhérences partielles. Les cas les plus défavorables sont ceux dans lesquels les doigts ont été immobilisés dans l'extension, et non dans la position moyenne qui, du reste, est presque toujours indiquée. Dans cette dernière attitude, par contre, il est beaucoup plus facile de rendre aux doigts leur mobilité par des mouvements actifs et passifs, par le massage et l'électricité, par l'extension et la flexion des différentes articulations dans l'anesthésie chloroformique; en général, pour arriver à un bon résultat, il faut beaucoup de patience de la part du médecin et de bonne volonté chez le malade (voir § 124).

Une forme beaucoup plus grave, heureusement peu fréquente, de contracture en position vicieuse, est celle que l'on observe à la suite de l'immobilisation d'une fracture de l'avant-bras dans des appareils trop serrés; c'est surtout depuis que l'on emploie les appareils plâtrés que l'on a vu augmenter le nombre des paralysies de ce genre. Une fois l'appareil enlevé, on constate que la main, dont les téguments ont pris une teinte violacée, est tuméfiée, œdématisée, douloureuse, et qu'elle présente un état de raideur avec flexion du côté palmaire et du côté cubital. Les doigts également sont fléchis en forme de griffes, et c'est précisément le dernier nom que l'on a choisi pour désigner les formes les plus prononcées de contracture en flexion. Cependant on observe aussi des troubles fonctionnels moins graves se rapportant à des muscles isolés. VOLKMANN a donné à cette affection le nom caractéristique de **paralysie**

1. Dans ce paragraphe et le suivant, comme aussi dans plusieurs autres chapitres de ce volume, le mot *contracture* est pris dans son acception la plus large et comprend à la fois la contracture proprement dite et la rétraction des muscles, ainsi que la roideur due à des adhérences tendineuses ou articulaires.

(Note du traducteur.)